

EVALUACIÓN DEL DIAFRAGMA

Nombre de la cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue el primer día de su última regla/ menstruación? \_\_\_\_\_ ¿Fue una regla normal? Sí No

¿Cuánto tiempo tiene usando el diafragma? \_\_\_\_\_

**Marque si ha tenido alguna de de las molestias siguientes desde que empezó a usar este diafragma:**

¿Ardor, flujo, irritación o comezón en la vagina?

¿Al orinar hay dolor, orina con frecuencia o ha tenido infecciones de la vejiga o del tracto urinario?

¿Señales o síntomas del syndrome de shock tóxico que incluyen fiebre alta y repentina, diarrea, mareos, desmayos, debilidad, dolor de garganta, dolor en los músculos y articulaciones y erupción o sarpullido (como el de una quemadura solar)?

¿Dolor o calambres/ cólicos cuando el diafragma se encuentra colocado?

¿Algún otro problema(s) con su diafragma? \_\_\_\_\_

**Por favor, conteste lo siguiente:**

¿Cuánto tiempo debe dejarse colocado el diafragma después de haber tenido relaciones sexuales?

Cuando menos 6 horas

Por 2 horas

Por 48 horas

**¿Cuándo tiene que revisarse que el diafragma le queda bien?**

Después de que tiene un bebé

En cualquier momento si me molesta o tengo calambres/ cólicos cuando tengo puesto el diafragma

Si tengo infecciones de la vejiga con frecuencia

En todos los casos anteriores

¿Tiene usted alguna pregunta(s) sobre el diafragma? Sí No

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma de la cliente

Fecha

Firma del personal

Fecha

**TO BE COMPLETED BY CLINIC STAFF**

S:

O:

A:

P:

Return to clinic: \_\_\_\_\_

Staff Signature

Date